

Risultati preliminari dello studio sulla formazione specialistica in medicina fisica e riabilitazione mediante questionario

A. FUSCO^{1,3}, M. DI GESÙ^{2,3}

¹Medicina Fisica e Riabilitazione,
Università degli Studi "La Sapienza", Roma;
²Medicina Fisica e Riabilitazione,
Università degli Studi di Messina, Messina;
³Sezione Specializzandi SIMFER

Lo sviluppo della disciplina medica, con l'evoluzione della ricerca clinica e molecolare, ha reso necessario una maggiore attenzione al processo formativo universitario e post-universitario. L'ampliamento delle nozioni di fisiopatologia, diagnostica e terapia hanno aumentato il volume didattico teorico-pratico, rendendo la formazione professionale sempre più specialistica. Negli anni ottanta e novanta, sono fiorite nuove scuole di specializzazione con sempre più indirizzate competenze¹. Inoltre, nella convinzione che il carico teorico nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia fosse ridondante in alcune parti e sovraccarico di informazioni², si è iniziato a sviluppare il curriculum didattico, con una parte core, uguale per tutte le realtà universitarie, e delle parti opzionali⁴.

La valutazione della proposta formativa è diventata, così, un argomento centrale. Nel nostro paese la cultura della valutazione non ha avuto per lungo tempo una tradizione ed uno spessore elevato, contrariamente a ciò che avveniva nei paesi anglosassoni. Il tema è stato introdotto, dal punto di vista normativo, con l'istituzione del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica (Legge 168/89), in cui si prevedeva per la prima volta l'attuazione di forme di controllo interno sull'efficienza e sui risultati di gestione e si è consolidato con la legge 573/93 mediante l'istituzione nelle Università dei Nuclei di Valutazione Interna (NVI), sulla scorta delle esperienze già condotte presso altre amministrazioni pubbliche. È soltanto con l'applicazione della legge 370/99, però, che questi vengono effettivamente resi operativi.

Gli obiettivi dei NVI vengono fissati nel documento n. 11 dell'Ottobre 1998 dall'Osservatorio per la valutazione del sistema universitario, dove si dichiarava che le informazioni afferenti² devono essere tali da consentire la valutazione della didattica e dei servizi di supporto, il carico didattico, il monitoraggio e la valutazione delle carriere degli studenti a livello individuale, la valutazione delle risorse destinate alla didattica, il monitoraggio e la valutazione dei singoli corsi di studi, delle attività didattiche teoriche e pratiche svolte in collaborazione/convenzione, il monitoraggio e la valutazione delle attività di tirocinio.

Una corretta analisi della formazione non può prescindere dall'opinione del target primario, gli studenti³. Se i sistemi di valutazione per i diversi corsi di laurea universitari si sono negli anni affinati, lo stesso non si può affermare per le scuole di specializzazione mediche. Alcuni tentativi, reperibili nei comuni canali telematici, sono stati sperimentati da alcune associazioni di categoria, focalizzati soprattutto su alcuni aspetti della rappresentanza. Un'analisi organica per le scuole di Medicina Fisica e Riabilitazione (MFR) non è stata mai sviluppata.

Fine del nostro lavoro è verificare l'attività nelle scuole di specializzazione in MFR delle diverse istituzioni universitarie secondo le aspettative e le opinioni dei mfs durante il loro periodo di frequentazione della scuola.

Materiali e metodi

Per l'obiettivo preposto, si è creato un questionario ad hoc. Esso è composto da una parte sviluppata analizzando questionari di valutazione dei NVI di alcune università italiane presentati al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. Per un'approfondita analisi dell'attività assistenziale ambulatoriale e di reparto, fulcro della formazione specialistica, e dei diritti di rappresentanza in seno ai Consigli di Scuola di Specializzazione (CdS) si sono verificate le proposte di alcune associazioni nazionali di mfs. Per i precisi obblighi in MFR, si è presa visione del Decreto Ministeriale 11/05/1995 (G.U. n.167 del 19/07/1995) "Modificazioni all'ordinamento didattico universitario relativamente alle scuole di specializzazione del settore medico", inserendo le tematiche determinanti la Tabella A, "Aree di addestramento professionalizzante e settori scientifico disciplinari", e la Tabella B, "Standard complessivo di addestramento professionalizzante".

È stata scritta, poi, una nota introduttiva con alcuni passi dedicati alla neonata Sezione Specializzandi SIMFER, società scientifica italiana di riferimento in MFR, le finalità del lavoro e il metodo utilizzato, assicurando il completo anonimato ai mfs interpellati.

Il questionario è diviso in 5 parti (Aspetti Generali ed Organizzativi della Scuola, Formazione Teorica, Formazione Pratica, Formazione di Ricerca, Varie) con domande a risposta multipla e a risposta aperta; in alcuni casi, per necessarie delucidazioni della questione oggetto in essere, le risposte erano primariamente a risposta multipla e successivamente aperta. Se il dato non era conosciuto, vi era data la possibilità di scrivere a margine "Dato non certo".

Nella I sezione (Aspetti Generali ed Organizzativi della Scuola) si richiedeva l'anno di frequenza alla scuola; il numero dei mfs totali della scuola; il numero del personale universitario totale afferente alla cattedra di MFR (Professore Ordinario, Professore Associato, Ricercatore); se era garantita la presenza di Rappresentanti degli specializzandi in seno al CdS; se erano stati elargiti fondi destinati all'at-

tività formativa per congressi o materiali didattici; se vi erano spazi fisici a disposizione degli specializzandi.

Nella II sezione (Formazione Teorica) venivano affrontati i temi attinenti alla didattica, con particolare cura alle esigenze ed aspettative del mfs. Al fine di garantire un'analisi più dettagliata possibile, si è deciso di mantenere molte risposte aperte a successive delucidazioni. Le domande hanno indagato su come è organizzata la didattica formale; la rappresentanza, nel CdS, nella gestione ed organizzazione dell'attività didattica; la possibilità di libera scelta di corsi elettivi; la facoltà di accesso a biblioteche o riviste informatiche; l'acquisizione durante gli anni delle competenze teoriche nelle materie elencate in Tabella A del D.M. 11/05/1995; ed, infine, un giudizio sull'adeguatezza del corso di specializzazione al fine dello svolgimento autonomo della professione.

Nella III sezione (Formazione Pratica) si analizzavano le tematiche relative al percorso assistenziale, dividendole in attività ambulatoriali e di reparto, diagnostiche e terapeutiche, con particolare attenzione alle materie maggiormente professionalizzanti. Quindi, veniva indagato la presenza di figure professionali con funzioni di tutoraggio nell'attività assistenziale dei mfs; l'autonomia nello svolgimento di attività professionalizzanti; l'appropriatezza della struttura; le patologie maggiormente diagnosticate nella pratica ambulatoriale e di reparto; le attività diagnostico-strumentali e i test di valutazione maggiormente eseguiti, con specifico riferimento alla Tabella B del D.M. 11/05/1995, così come le pratiche terapeutiche più eseguite; la possibilità di fare esperienze in altre sedi, italiane od estere, e di che tipo.

La IV sezione (Formazione di Ricerca) si focalizzava l'attitudine della scuola e dei mfs alla ricerca, analizzandone sommariamente anche il tipo di lavoro effettuato.

L'ultima sezione (Varie) esplorava la scelta dei laureandi verso la MFR ed infine le opinioni degli intervistati in merito alla propria scuola.

Il questionario è stato inviato ad un solo referente per scuola, scelto dagli autori, prediligendo mfs degli ultimi anni di specializzazione.

Risultati

Sono stati compilati 26 questionari su 31 inviati, tanti quante sono le scuole di specializzazione in MFR in Italia.

I mfs interpellati frequentavano in 1 caso il I anno, in 3 casi il II anno, in 16 casi il III anno ed in 6 casi il IV anno. Alla luce dell'elevata competenza richiesta nel conoscere il percorso formativo ed organizzativo di una scuola di specializzazione, la mancanza di esperienza potrebbe aver influenzato negativamente nella compilazione di alcune domande.

Il numero dei posti totali dichiarati nelle 26 scuole sono stati 465, con una media di 17,88 posti per scuola. Questa domanda è stata mal interpretata da alcuni mfs, che hanno dichiarato il numero di posti messi a disposizione nel bando di concorso del loro anno o nell'ultimo concorso, abbassando, di fatto, il quantitativo totale dei soggetti attualmente frequentanti.

Il numero totale del personale universitario dichiarato è stato di 54, con una media di 2,07. Questa domanda rimanda ad un'accorta conoscenza delle carriere universitarie con attenta capacità di discernimento tra i diversi ruoli e, soprattutto, dell'arruolamento della figura professionale alla cattedra di MFR. È quindi possibile che la stima esposta non sia veritiera del reale inquadramento istituzionale del personale accademico che insegna riabilitazione.

In 16 casi (61%) su 26 vi è dichiarata una rappresentanza dei mfs nel CdS. Nella successiva descrizione, si rileva che questa funzione è assoluta organicamente e con soddisfazione solo in 5 scuole, mentre nelle restanti è dichiarata una generica collaborazione, mediante uno

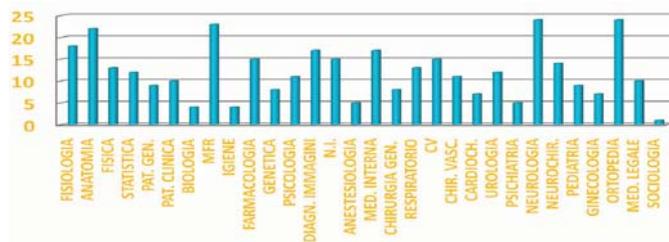


Figura 1. – Distribuzione delle materie nelle scuole in MFR.

spazio-proposte scritto, colloqui orali presso i propri direttori o comunque eseguita in maniera formale.

Fondi messi a disposizione per la formazione sono reperibili in 13 casi (50%) su 26. Non viene approfondito né l'ammontare della somma, né come vengono spesi, né, infine, la percentuale di mfs che ha usufruito di tali somme.

Gli spazi fisici dedicati ai mfs sono presenti in 10 strutture (38%). La delucidazione correlata, però, fornisce un quadro peggiore, essendoci sale ad hoc solo nella metà di quelle 10; gli altri spazi sono generici luoghi comuni (spogliatoi), sale universitarie (aule studio, biblioteche) o sale mediche.

L'organizzazione dell'attività didattica è descritta secondo amministrazioni diverse a seconda della scuola. Le risposte non permettono una facile categorizzazione dei diversi modelli, costringendo ad una schematizzazione forse impropria. Su 26 scuole 8 sembrano accomunate da una comune strutturazione con lezioni frontali in diverse materie, organizzate dalle segreterie di scuola, e sviluppate durante l'anno accademico. In altre 10 si evince come a ciò si aggiunge anche una partecipazione a diversi corsi scelti dal direttore come approfondimento dei temi sviluppati durante l'anno: non risulta chiaro se vi è un'obbligatorietà per tutti o ne siano coinvolti solo alcuni. In 3 casi c'è un'integrazione tra lezioni e dibattiti frontali (Journal club), approfonditi tra i mfs e personale di riferimento, universitario e strutturato: anche in questa situazione, non è chiaro se il journal club è a scapito della didattica frontale o complementare ad essa. In 2 questionari, si evidenzia la rarità delle lezioni, spesso organizzate direttamente dai mfs con professori afferenti al corso. Infine, in 2 casi è dichiarata l'assenza di didattica formale.

La domanda relativa alla partecipazioni di rappresentanti in CdS relativamente alla gestione ed organizzazione dell'attività formativa è stata interpretata nella quasi totalità dei casi come una ripetizione di un analogo interrogativo posto nella I sezione, con completa riproposizione dei risultati, per la cui lettura si rimanda.

La possibilità di scegliere corsi elettivi o materie di particolare interesse è stata affermata dal 42% degli intervistati. La successiva spiegazione su come questa scelta venisse espletata ha messo in luce, però, come questa domanda potesse essere fraintesa come libertà di frequentare congressi a decisione propria o della direzione di scuola.

Nel 61% delle scuole vi è facile accesso a servizi di biblioteca e riviste informatiche.

Relativamente alle materie insegnate (fig.1) (Tabella A D.M. 11/05/1995) è da rilevare come non vi sia uniformità di insegnamento nelle diverse università. Le materie maggiormente rappresentate sono ortopedia, neurologia, medicina fisica e riabilitazione e anatomia. È possibile, in questo caso, che l'anno di frequenza dell'intervistato possa aver giocato un ruolo nella compilazione del quesito, essendo i corsi distribuiti lungo i quattro anni di specializzazione.

Il 69% degli intervistati (18 questionari) ha dichiarato inadeguata la preparazione al fine dello svolgimento autonomo della professio-

ne di specialista. L'insoddisfazione veniva, per lo più, ascritta ad una teoria ancora non specialistica, da corso di laurea, poco attinente, o gestita autonomamente; inoltre, anche la figura del tutor è lamentata come assente o poco coinvolta. Ulteriori motivi di malcontento erano riferibili alla struttura di appartenenza ed all'attività pratica svolta.

La presenza di un tutor che segue la formazione pratica dei mfs è espressa nel 65% dei questionari compilati (17 su 26). Le figure che maggiormente accompagnano l'attività di servizio sono gli strutturati ospedalieri (12 casi), i professori (8), i ricercatori (3) ed, infine, i dottorandi (1).

Il 50% degli intervistati si è dichiarato autonomo nell'esercizio lavorativo quotidiano.

La struttura, invece, ancora non si presenta efficiente ed adeguata agli occhi dei mfs, bocciata in 14 interventi (54%).

Le patologie riscontrate in regime ambulatoriale sono divise quasi equamente in ortopediche e neurologiche, con predominanza o esclusiva presenza delle une o delle altre a seconda della scuola. Le più frequenti diagnosi sono rachialgie/radicopatìe, artropatie degenerative, esiti di ictus cerebrali, patologie muscolo-tendinea e legamentosa, sclerosi multipla, parkinsonismi, scoliosi, esiti di paralisi cerebrali infantili, malattie neuromuscolari. L'elenco, tra le branche succitate, è molto più ampio e di difficile schematizzazione. Interessante è la presenza di patologie al di fuori del cardine ortopedico-neurologico: in particolare, la riabilitazione oncologica con il trattamento dei linfedemi post-mastectomia e la riabilitazione urinaria con il trattamento della vescica neurologica incomincia ad essere presente in diverse realtà accademiche. Ancora molto sporadiche, seppur citate, le riabilitazioni respiratoria, dopo trapianto d'organo e cardiaca.

L'esame dell'attività diagnostica-strumentale e dei test di valutazione ha mostrato un addestramento globale ai test Neuropsicologici (FIM, Barthel Index, ecc., a preferenza-disponibilità dell'ente di appartenenza) e un discreto utilizzo della Baropodometria-Stabilometria (50%); il bilancio mio-articolare viene citato in 8 casi. Tra quelli menzionati in Tabella B D.M. 11/05/1995 ("Standard complessivo di addestramento professionalizzante"), molto sporadiche le altre attività: elettrodiagnosi, test isocinetici, test per l'afasia e test neuropsicologici. Maggiore attenzione è stata posta su attività al di fuori dello schema ministeriale: in 7 questionari si riportavano servizi di ecografia muscolo-scheletrica; in 13, esami elettromiografici/elettro-neurografici e in 14, laboratori di gait analysis.

Le competenze terapeutiche asserite più frequentemente sono mesoterapie ed infiltrazioni endoarticolari, specialmente in scuole a carattere ortopedico; discretamente frequenti le infiltrazioni con tossina botulinica nel trattamento delle spasticità. Rari gli ambulatori con mfs in grado di eseguire trattamenti di manipolazione vertebrale, essendo prevista, d'altro canto, l'obbligatorietà di aver seguito un corso apposito.

L'attività assistenziale di reparto è risultata analoga a quella ambulatoriale precedentemente descritta. Poche le variazioni: aumenta notevolmente la presenza di artroprotesi a diversi livelli e i politraumi fratturativi, così come gli esiti di ictus cerebrali.

Nell'81% delle scuole (21 casi su 26) vi è la possibilità di fare esperienze in strutture esterne. Le convenzioni sono previsti in istituti all'interno della stessa città (21); meno nella stessa regione (10) e, più raramente, in regioni diverse (7). In 9 casi è possibile il tirocinio all'estero, preferenzialmente negli USA, ma citate anche Francia, Spagna, Austria, Gran Bretagna e Portorico. Non indagato il dato sul numero di mfs coinvolti in tirocini esterni.

Il 73% (19) delle scuole è coinvolto in programmi di ricerca, ma solo il 28% dei mfs ne è impegnato. Quasi totalmente sono trial clinici; sporadici sono studi epidemiologici, studi retrospettivi, case report o studi caso-controllo.

L'81% degli intervistati (21) dichiara di aver scelto MFR in prima istanza durante il corso di laurea; l'attinenza della tesi è anche mag-

giore (88%, 23 casi), ma le attività che si svolgono durante gli anni di specializzazione si allontanano decisamente rispetto a quello immaginato, avendo solo in 9 casi trovato una correlazione tra aspettative e realtà lavorativa.

I motivi descritti per la scelta di questa specializzazione sono diversi: il problema della disabilità e della qualità della vita, l'ampiezza delle tematiche mediche legate a MFR, il significato funzionale delle medicina fisiatrica e gli sbocchi professionali sono stati quelli maggiormente espressi.

Tra i suggerimenti per un miglioramento della proposta formativa ed assistenziale delle scuole in MFR, una più ampia opportunità di fare esperienze in altre sedi, un'assidua presenza della figura del tutor, la maggiore rotazione tra reparti di diversa natura, la possibilità di frequentare dei corsi professionalizzanti, un miglioramento delle strutture di appartenenza sono state le richieste più incessanti. Ulteriormente, in misura minore, un direttore di scuola a chiara origine nel campo riabilitativo, una rete informatica più penetrante, una pratica riabilitativa maggiormente diversificata nei tanti settori di competenza, una più profonda conoscenza dell'uso pratico e amministrativo delle protesi e degli ausili, una maggiore autonomia.

Conclusioni

Alcune domande, in special modo quelle della I Sezione, sulle quali molto probabilmente l'inesperienza o la mancata conoscenza di informazioni amministrative o comunque non didattiche hanno influenzato la risposta, potrebbero essere corrette con dati provenienti direttamente dalle segreterie della scuola di specializzazione.

Le domande relative alle rappresentanze dei mfs in CdS rimanda ancora ad una collaborazione ancora embrionale, non istituzionalizzata. Il fatto che, nonostante il 61% dichiarò una rappresentanza, ne venga dato conto come di un'esperienza negativa dimostra come questi punti debbano essere maggiormente approfonditi in seno alla maggior parte delle scuole di specializzazione. Inoltre, probabilmente l'analisi funzionale delle specifiche competenze del CdS e della rappresentanza relativa risulta un processo molto articolato, al di fuori delle conoscenze degli intervistati: lo dimostra la riproposizione in toto, nella quasi totalità dei casi, delle risposte su rappresentanza in CdS e facoltà di condivisione decisionale nella gestione ed organizzazione della formazione teorica.

Non sempre una migliore organizzazione della scuola può fornire un miglioramento di alcune situazioni, quali ad esempio gli spazi fisici per i mfs, la cui soluzione è di pertinenza delle amministrazioni delle strutture di appartenenza (ospedale o università).

In alcuni casi, le domande non sono state poste con una chiarezza tale da esaudire le richieste degli autori, come nel caso dell'interrogativo sulla libera scelta di corsi: una revisione maggiormente intellegibile, sia dal punto di vista sintattico che concettuale, è auspicabile.

Anomalo è il dato sull'insegnamento dei corsi nella didattica teorica. In particolare, è da approfondire il fatto che vi siano più possibilità di trovare insegnamenti di ortopedia e neurologia piuttosto che in medicina fisica e riabilitazione. Allo stesso tempo lascia riflettere l'elemento di delusione sull'adeguatezza del corso nella successiva attività di specialista.

L'analisi delle attività pratica professionalizzante ha rivelato un possibile deficit di informazioni, il quale indubbiamente si potrà giovare dall'ampliamento dei partecipanti al questionario, rendendo più pervasiva l'indagine. Inoltre, un discernimento sintatticamente chiaro in sede di domanda tra patologie ambulatoriali e di reparto permetterà una schematizzazione distinta in sede di analisi, tale da permettere una maggiore cognizione delle prassi lavorativa che il mfs trova nell'esercizio della professione.

L'esperienza formativa presso altre strutture convenzionate con la propria scuola, in Italia e all'estero, è ancora ragionevolmente troppo bassa, nonostante la netta percentuale positiva. Ulteriori approfondimenti sono necessari per comprendere il numero di mfs coinvolti nei programmi di tirocinio in convenzione.

La bassa percentuale di mfs coinvolti in attività di ricerca, seppur indubbiamente una stima approssimativa, rende conto di una cronica difficoltà a competere dal punto di vista curricolare con i colleghi provenienti da altre specializzazioni. Resta da esaminare se vi sia una sostanziale difficoltà organizzativa delle scuole o se sia una mancanza di attitudine da parte dei mfs.

La scelta di proseguire un percorso post-laurea in MFR incomincia ad avere una chiara identità. Il dato che mostra l'attinenza della tesi, valutata in sede di concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione, è indicativo al tempo stesso dell'estensione di competenze dell'universo riabilitativo: tutte questioni che si ritrovano, poi, tra i motivi della scelta specialistica. Eppure, nonostante questa fervente richiesta di riabilitazione, vi sono ancora tracce di delusione nell'esercizio professionale quotidiana.

In definitiva, è fondamentale che per una programmazione di una formazione di qualità, efficace, coerente e capace di cogliere istanze innovative, ci sia una forte coesione tra proposta e trasferibi-

lità alla realtà. Tale momento deve coinvolgere coloro che sono nello stesso tempo i committenti e gli utenti, ovvero i mfs. In tale contesto, l'analisi del fabbisogno deve essere considerata come una fase del processo formativo propedeutica alla realizzazione delle attività e, contemporaneamente, rappresentare un punto di partenza nell'impostazione di un programma, sulla quale ancorare agli aspetti operativi per orientare le singole professionalità all'integrazione ed al conseguimento di obiettivi e risultati comuni.

Bibliografia

1. Reiser SJ. Technology, specialization, and the allied health professions. *Journal of Allied Health*, 1983;12:177-82.
2. Chiandotto B. Valutazione e monitoraggio dei processi formativi nell'Università degli Studi di Firenze. Seminario: La valutazione CampusOne, 2003.
3. Bordage G. The curriculum: Overloaded and too general? *Med Educ*, 1987;21:183-8.
4. Lowry S. Strategies for implementing curriculum change. *BMJ*, 1992; 305:1482-85.
5. Pabst R, Rothkotter HJ. Retrospective evaluation of a medical curriculum by final-year students. *Med Teacher*, 1996;18:289-94.